

„Hát nézze, az idős emberek, azok általában már idős emberek.”

**EGYEDÜLÁLLÓ IDŐS BUDAPESTIEK
SZUBJEKTÍV ÉLETMINŐSÉGE**

TÉZISGYŰJTEMÉNY

KÉSZÍTETTE: KUCSERA CSABA

TÉMAVEZETŐ: SZÉMAN ZSUZSA

2008

ELTE TÁRSADALOMTUDOMÁNYI KAR
SZOCIOLÓGIA DOKTORI ISKOLA

I. Bevezetés

A nagyvárosi egyedül élő 80 év körüli idősök a társadalom egyik rizikócsoportját alkotják, de ennek ellenére keveset tudunk arról, hogy ők hogyan élik meg ezt az élethelyzetet. Értekezésemben arra vállalkoztam, hogy megkísérlem a 80 év körüli, egyedül élő budapestiek szubjektív életminőségének a feltárását és megértését egy interpretatív-emergens módszertani apparátussal. Az ő nézőpontjukból, az ő egyéni tapasztalataikból kiindulva vizsgálom a szubjektív életminőségüket az *egészségi állapot*, az *otthon*, a *függetlenség*, a *társas támogatás* és a *társas részvétel* témaköreire koncentrálni.

Annak ellenére, hogy szaporodnak a magyarországi életminőség-vizsgálatok, nem létezik egységes életminőség-fogalom, és nem csak azért, mert a különféle diszciplínák eltérő közelítéssel vizsgálják. Még a szociológián belül is eltérő életminőség-fogalmakat használnak a kutatók. Az életminőséget leginkább multidimenziós fogalomként lehet leírni, annak belátásával, hogy maguk az emberi szükségletek is szerteágazóak. Ezzel összefüggésben az életminőséget gyakran a tárgykörein keresztül definiálják (pl. egészségi állapot, függetlenség, társas kapcsolatok, stb.) bár az ezen tárgykörök közötti határ gyakran elmosódott, és emellett a tárgykörök nagyban összefüggnek egymással.

Értekezésemben egy olyan komplex narratíva létrehozása volt a célom, amelyhez a 80 év körüli egyedül élő budapestiek többsége jelentős mértékben hozzá tudná illeszteni a saját életének megélését. Célom volt továbbá egy olyan komplex értelmezési keret létrehozása, amely segít az idősökkel kapcsolatos kérdésekkel, esetleg kifejezetten az idősök életminőségével vagy tágabban az életminőséggel – esetleg a kutatásban érintett valamely rész-problematikával – foglalkozó társadalomkutatóknak a saját kutatási kérdésfelvetéseikhez segítséget nyújtani, az általam és a kutatás résztvevői által közösen megalkotott narratívát „dialógusra” használni.

A kutatás exploratív jellegéhez és a megértő közelítés szándékához jól illett a félig strukturált mélyinterjú és a megalapozott elmélet módszertana, az egész kutatást a konstrukcionista paradigmába és a szimbolikus-interakcionista elméleti perspektívába helyezve. A szubjektív életminőség holisztikus igényű megközelítésével összhangban a szociológiai mellett erőteljesen szerepet kap még a szociálpszichológiai gondolkodás és fogalomrendszer is, de a pszichológiai látásmód sem idegen az elemzéstől.

II. A kutatás módszertana, a kivitelezés érdekesebb megfontolásai

A kutatás 30 résztvevőjével készült 32 db mélyinterjú az ENABLE-AGE nemzetközi, az Európai Bizottság által támogatott kutatásban volt felvéve 2003-04-ben. Az eredeti kutatás fókuszában az otthoni környezet és az egészségben idősödés összefüggései álltak, kvantitatív és kvalitatív módszerekkel vizsgálva öt országban. A magyarországi partner az MTA Szociológiai Kutatóintézet volt, a kutatást Széman Zsuzsa vezette. A kutatás módszertanának kidolgozásában vezető szerepe volt Judith Sixsmith-nek, aki a kvalitatív kutatás felelőse volt a nemzetközi kutatási konzorciumban.

Az értekezés alapjául szolgáló kvalitatív kutatás a megalapozott elmélet módszertani apparátusát használta, annak is a Kathy Charmaz (2006) nevéhez köthető konstruktivista verzióját. A megalapozott elmélet módszertanának sajátossága annak emergens jellege – ami ismeretlen területen különösen alkalmassá teszi a használatát –, valamint az adatokra épülő elmélet létrehozása, amely különféle módszertani fogások rugalmas alkalmazásával érhető el.

A interjúk félig strukturált jellege kellő flexibilitást nyújtott új témák felbukkanásához és az interjúk hétköznapi beszélgetéshez közelítéséhez. Az interjúk készítői tisztában voltak azzal, hogy idős emberekkel interjút készíteni sajátos felkészültséget igényel, és amely szituációban sajátos problémákkal szembesülhetnek. A sikeres interjúzás egyik előfeltételének tekinthető bizalmi légkör kialakítása esetenként külön erőfeszítést kívánt. E mellett arra is figyelni kellett, hogy a kutatás résztvevőinek esetleges kognitív vagy fizikai kapacitás-csökkenése, vagy éppen az idősekre – mint sajátos szocializációs háttérű és kulturális referenciákkal bíró csoportra – esetenként jellemző sajátos értelmezési keretek és kódok félreértésekre adhattak lehetőséget. Ezek kontrollálása külön kihívást és feladatot jelentett az interjúkészítők számára.

III. A kutatás főbb eredményei

Az értekezés leghosszabb főfejezete az eredményeket ismerteti. A szubjektív életminőség 5 fő tárgykörét egyenként vizsgáló fejezetekben (3.2: Az egészségi állapot; 3.3: Az otthon jelentése, és szerepe az életminőségben; 3.4: Függetlenség, egyéni adaptációs stratégiák, vészforgatókönyvek; 3.5 :Társas és társadalmi támogatás; 3.6: Társas és közösségi részvétel) az adott tárgykörön belül kirajzolódó dimenziókat és azok összetevőit, azaz az egyéni tapasztalatok és szubjektív jelentéseik sokszínűségét a kutatási kontextusba ágyazva interpretálok és foglalom össze.

Az általam vizsgált egyes tárgykörök, problémák természetesen gyengébb-szorosabb kapcsolatban, kölcsönhatásban állnak egymással, ezért az értekezésben elkerülhetetlenek az átfedések, az analitikusan nem mindig pontosan elhatárolható dimenziók. Egy jelenség, azaz egy, a résztvevők által elmesélt tapasztalat gyakran annyira komplex, hogy benne többféle jelentéstartomány is értelmezhető, és ezáltal az általam vizsgált különböző kutatási tárgykörök közül többhöz is kapcsolható. Ezen felül a résztvevők egyéni, de egymással analóg tapasztalatai, történetei hordozhatnak eltérő vagy egymást csak részben átfedő jelentéseket; de a hasonló analitikus jelentéseknek is lehet többféle megnyilvánulási formája az egyének szintjén. Az egyéni tapasztalatok sokszínűsége egyúttal azt is maga után vonja, hogy előfordul olyan is, hogy egy adott dolog az egyik résztvevő életvilágában érvényes és fontos de egy másik számára nem az, hanem valami azzal éppen ellenkező, vagy egyszerűen másvalami (pl. a függetlenség elvesztésének szubjektív határa). Olyan is előfordul, hogy az adott dolog irreleváns egy harmadik résztvevő számára. Az elemző perspektívájából inkonzisztensnek tűnő magatartást vagy gondolatokat még egyes résztvevők beszámolóin belül is meg lehet ragadni, ami nem meglepő egy komplex, az élet több területét is érintő kutatásban.

Mindezek tükrében igyekeztem egy olyan narratív ívet felrajzolni, amely jól illeszthető az idősök tapasztalataira, amelyhez minden résztvevő sok kapcsolódási pontot tudna találni. Az értekezésben kidolgozott, egymást követő témáknak logikai íve van, akár azáltal, hogy azok egymásra épülnek, akár azáltal, hogy az analitikusan összetartozó dolgok egymás után szerepelnek, jóllehet a tapasztalatok és értelmezések sokszínűségét igyekeztem a teljességükben megragadni.

Az alábbiakban összefoglalom az értekezésnek a szubjektív életminőség egyes tárgyköréhez tartozó legfontosabb megállapításait.

Az egészségi állapot

Fontos leszögezni, hogy az egyén szubjektív egészségképe jelentősen is eltérhet az orvostudományi diagnózistól. A szubjektív egészség- vagy betegségkép befolyásolja a közérzetet, az életminőséget, a mentális jól-létet, egyrészt közvetlenül (pl. fájdalomérzet), másrészt pedig közvetve azok által az érzelmek által, amiket az egészséges vagy beteg idős a tünetekhez vagy annak hiányához; valamint azokhoz a tevékenységekhez fűz, amiket el tud (pl. egészség, vagy annak enyhe romlása esetén) vagy már nem tud (a betegség miatt akadályoztatva) elvégezni. A kognitív és fizikai kapacitás észlelt csökkenése, vagy a csökkenésének elmaradása, esetleg a változással kapcsolatos várakozások alapvetően befolyásolják a szubjektív életminőséget, és annak e vizsgálatban szereplő összes tárgykörét. Közvetlen és közvetett hatásról van tehát szó, amelynek jelentőségét folyamatosan hangsúlyozták a kutatás résztvevői.

Az egészségi állapot szubjektív megélésében jelentős különbségeket sikerült rögzíteni. Az ezzel kapcsolatos tapasztalatokat, attitűdöket és cselekvéseket három dimenzióba tudtam rendezni – a (1) *szubjektív egészségi állapot* jelentése és konstrukciója; az egészségi állapottal kapcsolatos (2) *kommunikációs sajátosságok* és ennek kapcsán a *panasz kultúra* (hiánya); valamint az (3) *egészségmegőrzési stratégiák* –, melyek mindegyikének eltérő relevanciája van a szubjektív egészségi állapot bonyolult konstrukciójára.

Úgy tűnik, hogy az egészség- és a betegségértelmezéseknek is egyaránt a teljesítményorientált felfogása a tipikus idős korban, tehát az, amelyik egy adott tevékenység elvégzésére való képesség vagy e képesség csorbulásán vagy hiányán keresztül konstruálódik meg. Egyénenként eltérhet ezeknek a releváns és fontos tevékenységeknek a listája, de a szükségletekből kiindulva jó tipológia állítható fel.

A egészségi állapot megélése, a szubjektív „egészség szint” és a „betegség szint”, valamint annak mentális feldolgozásának képessége egy sor dologtól függ, a fájdalmak, tünetek jelentkezésétől kezdve a fizikai és kognitív kapacitás korlátozásának mértékén át a társas összehasonlításban megválasztott referenciacsoportig, az élettörténet relativizáló kontextusáig, vagy éppen az egészségi állapotot racionalizálni képes én-narratíváig. Ezek az interpretatív aktusok konstruálják szubjektív egészségi állapot, azt, ami a hétköznapi életben befolyásolja az egyén attitűdjét, magatartását, közérzetét. A szubjektív egészségi állapot azonban egy adott életszakaszon belül sem statikus, következésképp az általa befolyásolt életminőség-érzet is változik, akár napról napra, szituációról szituációra.

Kicsit elemelkedve a perspektívában a mindennapi szituációk vonatkoztatási keretétől, az egészségi állapot ebben az idős korban „legálisan” tud rossz lenni – sőt, sokszor generációjuk kevés túlélőjének egyikeként tekintenek magukra –, így ez a még legalább valamennyire önálló életvitelre képes idősök egy része számára sok esetben ez nyújt vigaszt, könnyebben elviselhetővé teszi a betegségükkel járó életminőség-romlást.

Természetesen a fájdalmak, vagy a fizikai vagy kognitív korlátozottság jelentősen tudja rontani az életminőséget, és vannak, akik ezt nagyon rosszul tűrik. Ehhez kapcsolódóan a közvetlenül jelenlévőnek, a mindennapok realitásának gondolt veszélyeztetettség érzete, és a visszafordíthatatlannak ítélt rossz egészségi állapot, vagy annak érzékelt romlása a rossz pszichológiai jól-létén keresztül szorongásos, depressziós tüneteket is okozhat.

Az egészségi állapot nem tabutéma, különösen, ha annak romlása az idősödés természetes velejárójának tulajdonított, és nem a saját egyéni felelősségnek. Különböség van a férfiak és a nők kompetencia- és érzelem-kommunikációjában, de a nemi határokon átívelően az egészségi állapotról való kommunikáció hangnemében, stílusában is.

Az idősokről élő sztereotipikus közfelfogás tükrében érdekes eredménye az interjúknak, hogy nem sikerült a panaszskultúra hétköznapi-felületes változatát beazonosítani az interjúkban. Nem ismerek olyan átfogó kutatást, amelyik a panaszskultúrát, mint társadalmi jelenséget állította volna a középpontjába, de azt a panaszskultúrával kapcsolatos közbeszédben és publicisztikákban magától értetődőnek veszik, hogy az a magyar társadalomra kiemelkedően (egyedien?) jellemző. Ez a kontextus azért fontos, mert egy, az idősök panaszkodásáról szóló gondolkodás Magyarországon, „a panaszskultúra hazájában” így sajátos „ráerősítő” kontextust is kaphat.

Az egészségi állapot megélésének komplexitását úgy érthetjük meg, ha feltárjuk az egészségmegőrző stratégiákhoz való viszonyt is. Az egészségmegőrzési stratégiák nem csak a fizikai, hanem a kognitív-mentális kapacitás ápolására is kiterjednek, bár van, aki számára az egészségmegőrzés programszintű gyakorlata irreleváns. Valamiféle egészségmegőrző stratégia alkalmazása a jelenlegi egészségi állapot javításának célja mellett a jövőre vonatkozó célok megvalósításának az eszköze is a kutatás résztvevői közül többenél is. A férfiak és a nők egészségmegőrzési stratégiájában vannak jellemző eltérések, a férfiak inkább inkonzisztensen viszonyulnak a dologhoz, a nők konzisztensebbek és olykor enyhe büntudat is érezhető az egészséges életmóddal szembemenő magatartásuk esetén.

Az otthon jelentése és szerepe az életminőségben

A „szubjektív otthon” multidimenziós jelenség, amely (1) fizikai tér; (2) személyes tér és ezzel összefüggésben helyidentitás; (3) társas hely (Sixsmith, 1986) valamint (4) vagyontárgy dimenziók és jelentésárnyalatokból tevődik össze.

Az interjúkból az szűrhető le, hogy az idősöket az otthonuk változatos módokon befolyásolja a szubjektív életminőségükben. Például azokon a kognitív mezőkön keresztül, amelyek az otthonosság biztonságérzetét nyújtják a maguk változatlanságával és kiszámíthatóságával.

A stabilitás, amit az otthon nyújt nagyon fontos egy olyan életszakaszban, ahol a változás bekövetkezésével a mindennapok realitásaként kell számolniuk, és amely életvilágokban a változás általában váratlan, és az életminőségre kedvezőtlen hatású. Az otthon az önmegvalósítás terepe is, az a hely, ahol a személyes normák és szabályok a legteljesebben tudnak érvényesülni. Részben az otthon stabil pont jellege miatt, részben az otthonhoz köthető rengeteg személyes emlék miatt az otthon az identitás egyik fontos megerősítő tényezője (Dúll, 2003), ez az idős emberek esetében kiemelt fontosságú. Ezen túl az otthon maga az identitás egyfajta manifesztációja is azáltal, hogy azt a saját képükre formálva alakították ki hosszú idő alatt, sokszor a néhai házastársukkal – akinek a szimbolikus jelenléte részben emiatt, a tárgyi környezet emlékeztető szerepe miatt a mindennapok realitása. Ez a szimbolikus jelenlét gyakran meghatároz bizonyos viselkedési mintázatokat és befolyásolja a megélt érzelmeket, valamint az otthoni környezet „érinthesetlenségét”.

Az idős emberek az eddig összefoglalt tényezők miatt nagyon ragaszkodnak az otthonukhoz, a hátralévő éveiket ott szeretnék letölteni, nem egy közülük otthon is szeretne meghalni.

Az eddig összefoglalt tényezők többsége (a néhai társ olykor stresszt generáló szimbolikus jelenlétén kívül) mind jótékony hatással van az életminőségre – az egyéni igények kielégítésére, a pszichológiai jól-lét elérésére – de ez az állapot törekény is lehet. Az otthonuktól ugyanis több ok miatt is elidegenedhetnek az idős emberek, és ezek között van olyan ok, ami jelentősen ronthatja az életminőséget, például az, ha a független, autonóm életvitelét érzi benne ellehetetlenültnak. Annak az egyedül élő idősnek, aki erre a problémára nem tud megoldást találni, a szubjektív életminőségének pszichológiai jól-lét vetülete is nagyon megcsúszhat. A környezeti stressz feloldhatatlansága miatt szorongásos tünetek jelentkezhetnek, azaz csapdahelyzetet is jelenthet az otthon.

Az egyedül élés azonban nem csak a korlátlan önmegvalósítás és a saját norma- és szabályrendszer érvényesülését támogathatja, hanem – az otthon társas dimenziójában vizsgálva – a társas kapcsolatokban érzett deficit kialakulását is. Az életminőséget negatívan befolyásoló magányérzet azonban nem valósul meg „olyan könnyen”, mint ahogy azt a társadalmi gondolkodás az egyedül élő nagyvárosi idősokről alkotott sztereotípiákban elképzei, az idős kor és az egyedül élés a magányérzet szubjektív kialakulásának nem „elégéses” feltétele.

Végül fontos megemlíteni, hogy többek számára – olykor csak utalásszerűen – az otthonuk olyan vagyontárgy, ami anyagi biztonságot nyújt. Ez a jövőbeni, potenciálisan szükséges ápolási-gondozási szükséglet fedezeteként megnyugvást jelent az idős számára, oldja vagy enyhíti a stresszt, amit a bizonytalan jövőkép okozna.

Függetlenség, egyéni adaptációs stratégiák, vészforratókönyvek

A függetlenség fogalmilag egyszerűen a másoktól való függés hiányát jelenti. Ez a fejezet (1) az autonóm, másoktól független életvitelnek vagy e függetlenség csorbulásának szubjektív megélését; a függetlenség minél teljesebb megélése érdekében alkalmazott megküzdési-adaptációs stratégiákat – azaz a (2) lakókörnyezet átalakításának adaptációs stratégiáját; a (3) kommunikációs eszközök adaptív használatát; az (4) életmód és viselkedés

megváltoztatásának adaptációs stratégiáját –; illetve a (5) független- autonóm életvitel jövőbeni esetleges ellehetetlenülésével kapcsolatos vészforatókönyveket vizsgálta.

Az interjúkból is az a kép rajzolódott ki – összhangban a szakirodalommal –, hogy az idősök – valószínűleg pont a törékenynek észlelt függetlenségük miatt – nagy fontosságot tulajdonítottak a függetlenségüknek, a fenntartásának, az arra való törekvésnek. A függetlenség és függésbe kerülés az idősök mindennapjaiban nem egy dichotóm, kategoriális dimenzió, annak nagyon változatos konstellációi voltak. A függetlenség elsődlegesen a mindennapok tevékenységeiben, és különösen az önellátáshoz kapcsolható tevékenységek vonatkoztatási keretében nyert értelmet. A döntési pozíció ennek ellenére még fontosabbnak tűnt, de talán azért nem az első, ami a függetlenség kapcsán eszükbe jutott, mert jelen élethelyzetükben annak csorbulását nehezebben tudták elképzelni. Jobban ragaszkodtak hozzá, ezért a legnegatívabb foratókönyv számukra éppen a döntési kompetencia elvesztése, amit általában a kognitív képességeik leépüléséhez (pl. demencia) vagy valamilyen agyi katasztrófához (pl. sztrók) kötöttek.

A döntési hatalmukat ugyanakkor a társas környezet is le tudja határolni, az elégtelennek észlelt befolyás a saját dolgaikkal kapcsolatos döntésekre, az életük folyásába szintén stresszt és a pszichológiai jól-lét csökkenését okozza, valamint konfliktust is generálhat a befolyást gyakorló, vagy gyakorolni akaró személyekkel. A függetlenség harmadik terepeként az anyagi függetlenség jelentkezett, az idősök egy része számára az identitásuk fontos része, hogy be tudják osztani a nyugdíjukat, és többen is a szocializációjukra, a múlt – különösen a háború alatti és a háborút követő évek nélkülözéseire vezették vissza ezt a képességüket és attitűdjüket.

Az észlelt függetlenségnek idős korban fontos identitás-erősítő szerepe van, a függésbe kerülés viszont frusztrációt, kudarc-élményt és a sérülékenység-érzetének tudatosulását okozta. Utóbbiak negatív hatással voltak a pszichológiai jól-létre, de ezeket csökkenteni tudta például az, ha a fizikai-önellátási dimenzióban tapasztalt függésbe kerülés mellett erős kontroll-érzetük volt a döntéshozatalban (Rotter, 1972).

A függetlenség fenntartására változatos megküzdési stratégiákat alkalmaztak, melyek egyike a személy-környezet összeillés-csökkenés kompenzációja volt a környezet vagy a viselkedés adaptációjával.

A lakókörnyezet adaptációjának koncepciója többük számára eleve idegenül hangzott. Voltak többen is, azonban akik számára a saját tapasztalatuk (pl. kisebb balesetük) tette „életközeli” a koncepciót, és valósítottak meg környezet-adaptációt, és tette számukra stresszmentesebbé, biztonságosabbá a környezetet. A környezet-optimalizáció azonban nem egy magától értetődően „tankönyvszerűen” pozitív hozadékokkal bíró foratókönyv, ahhoz több járulékos körülménynek is teljesülnie kell, függ például az átalakítás levezénylése során észlelt személyes befolyás mértékétől; az átalakítással járó „vesződség” mértékétől; esetleg éppen a hátrányára változó környezettől; vagy az idősben előhívott-tudatosított veszélyeztetettség-érzettől.

Többen a környezet-személy összeillés problémáját az egyéni viselkedés felől közelítették meg, és tudatosan kerültek a balesetveszélyt, vagy az összeillést egyéb praktikákkal, kreatív alkalmazkodással optimalizálták.

A függetlenség elvesztésének forgatókönyvéről való gondolkodás némelyeknél olyan stresszt okoz, hogy inkább is kerülik ezeket a gondolatokat. Mások többé-kevésbé körvonalazódó forgatókönyvvvel rendelkeznek, sőt, van, aki már most pénzt tesz félre a jövőbeni gondozására. Olyan résztvevője is volt a kutatásnak, aki a gondozás és felügyelet biztonsága miatt az idősök otthonába költözését el is döntötte már.

Társas és társadalmi támogatás

A társas és társadalmi támogatás bizonyos feltételek teljesülése esetén jelentős mértékben képes az idős személye életminőségét javítani. A támogatás instrumentális, kognitív és anyagi dimenziói mellett kiemelkedik az érzelmi-megerősítő támogatási formák szerepe és jelentősége az egyén életében. Az értekezésnek ez a fejezete külön alfejezetekben tárgyalja az *(1) informális és (2) formális támogatási formákat*, kitérve a köztük lévő határ olykor elmosódó jellegére, valamint a támogatások megvalósulását *(3) elősegítő és (4) azt gátló tényezőket*.

Az idős személyek a támogatási igényük kielégítését elsődlegesen az informális kapcsolatrendszerükön keresztül, a társadalmi tőkájukat mozgósítva próbálták meg megoldani. Maga a támogatásra szorultság állapota is stresszt generálhat, különösen abban az esetben, ha olyasmiben szorultak a jelenben támogatásra, amit korábban maguk is el tudtak végezni. A támogatás megvalósulása nem feltétlenül és automatikusan egy „pozitív összegű játszma” az abban részt vevők (támogatott / támogató) számára, annak lehetnek nem szándékolt negatív következményei is. Az idősöknek néha titokban kell elvégezniük bizonyos tevékenységeket, mert a szeretteikkel konfliktust okozna, ha megtudnák, hogy ilyen veszélyes „mutatványokat” végez a szerintük ezzel veszélyhelyzetbe kerülő, vagy a vélt csökkent teljesítőképességéhez képest magát túlvállaló idős rokon. Ha azonban az idős személy alkalmasnak érzi magát az adott tevékenység elvégzésére, akkor a felajánlott támogatást szükségtelen, a méltóságát veszélyeztető gyámkodásnak érezheti.

A támogató személy az idősök nézőpontjából ideális esetben az időssel bizalmas-intim viszonyban van; felé empátiával fordul; ismeri a szükségleteit; és egyenrangú viszonyban állnak, amihez jól jön, ha a reciprocitás elve szerint visszafelé irányuló támogatás is kísér, vagy előzőtt meg korábban. Ekkor a támogatás elfogadása a támogatás által érintett dolog életminőség-fenntartó, vagy -növelő hatása mellett a pszichológiai jól-létet sem veszélyezteti, nem okoz plusz stresszt.

Érdemes megjegyezni az informális támogatói személyek kapcsán, hogy a granovetteri „gyenge kötés”-ek – amelyek hasznát ő elsősorban az erős kötésekkel definiált információ-szegregált csoportjától eltérő információkhoz való hozzáférésben jelölte meg (Granovetter, 1991) – nem jelenhettek meg az interjúkban, mint az információhoz való hozzáférés jelentős csatornáit, mert maguk a gyenge kötések is nagyrészt hiányoztak, vagy aránytalanul kevésnek tűntek. Valószínűsítem, hogy ez azért van így, mert prioritizálják, hogy kivel-kikkel tartanak kapcsolatot, és arról számoltak be, hogy sok régi „gyenge kötés”-alapú kapcsolatuk végletesen elgyengült és elszakadt (kihűlt), lemorzsolódott, nem állta ki az idő próbáját. Esélyt az új kapcsolatok teremtésére – és bennük erőforrások elérésére – például a

nyugdíjasklubba vagy valamilyen közösségbe járás jelenthetne, azaz a kapcsolatok tudatos keresése. Ez azoknak emelné elsősorban az életminőségét, akiknek nincs, vagy elégtelen az informális társas támogatói körük.

A segítség formális forrásainak (önkormányzat, civil szervezetek) igénybevétele nem volt jellemző a mintában. Eleve keveset tudtak arról, hogy egyáltalán milyen segítséget nyújthatnának ezek a szervezetek, mert nem is nagyon merül fel bennük, hogy hozzájuk forduljanak segítségért, és ebben a személyes tapasztalataik keveredtek az előítéletekkel. Többségükben nem bíztak a hivatásos segítségben, mert személytelennek, látszattervekenységet végzőnek, szakszerűtlennek, az igényeiket nem kielégítőnek, bürokratikusnak, az igénylés folyamatát és az elbírálási mechanizmusait pedig átláthatatlannak tartották. Azokban merült fel reális opcióként a formális támogatói szervezetekhez fordulás, akiknek nem volt potenciálisan mozgósítható informális támogatói network-je, ők meg is előlegezték a bizalmat e szervezeteknek. Külön meg kell megemlíteni a bejárónőkkel-gondozónőkkel való személyes kapcsolat alakulásának fontosságát a pszichológiai jól-létben, stresszt is generálhat a konfliktusos viszony, de az eredeti támogatói szerepénél fontosabb megerősítő-érzelmi támogatás forrása is lehet.

Társas és közösségi részvétel

Ennek a tárgykörnek a kibontását a részvételt *(1) akadályozó tényezők* áttekintésével kezdtem, majd külön kitértem a *(2) proaktív visszavonulás* jelenségének interpretatív leírására. Ezeket a *(3) részvételt támogató tényezők*; a *(4) magányérzet csökkentésére vagy kialakulásának megelőzésére irányuló társas megküzdési stratégiák*; valamint az *(5) új típusú részvételi formák* tárgyalása követi.

Az idők életében a társas részvételük csökkenése a tipikus mintázat, melyet belső, az egyén szintjén eredő akadályok mellett változatos külső tényezők is akadályoznak. A rossz egészségi állapot mellett a társas részvételben potenciális társak – különösen a néhai házastárs – elvesztése mellett egy sor környezeti (fizikai akadályok) illetve társadalmi-kulturális (embertársak közönye, bűncselekmények áldozatává válás esélye, valamint a közösségi terek pszichológiai vetületei) akadály is csökkenti az idők részvételi kedvét és esélyeit.

A részvételt gátló tényezők egyes elemei analitikusan gyakran oppozícióba állíthatók a részvételt támogató tényezőkkel, például a jó szubjektív egészségi állapottal, az általános motivációval, vagy éppen a kiterjedt és / vagy élő szomszédsági vagy baráti kapcsolatrendszerrel.

Különösen érdekes a „proaktívként” jellemezhető visszavonulás a társas interakcióktól, melynek jellemzője, hogy az egyfajta elidegenedési folyamat eredménye, amit gyakran a környezet valamilyen negatív tényezője vált ki. Ezek a tényezők változatosak, köztük van az „uralkodó”-nak észlelt értékek megváltozása és feldolgozhatatlansága, az intergenerációs kapcsolatok hiányosságai, az időssekkel szemben érzett negatív előítéletek, a társadalom éles politikai kettéosztottsága. Különböző betegségek testi jegyei, az érzékszervek romlásának és a kognitív kapacitás csökkenésének identitást kikezdő tulajdonságai is gyakran a társas interakciók kerülésére készíthetik az idős személyeket.

A kialakult magányérzet ellen direkt és valamennyire tartós – azaz egy adott személlyel ismétlődően megvalósuló – társas interakciókat kereső stratégiák nem mutatnak nagy változatosságot, erre szinte csak intézményi keretek vannak, a nyugdíjasklub és az idősek otthona, illetve kivételként élettársi kapcsolat létesítése. Új barátokra, vagy csak tartós ismerősökre szert tenni nemigen van lehetőségük, de a lehetőségek mellett bizonyos pszichológiai akadályokat is le kellene küzdeniük.

A társas részvételben bekövetkező változások nem kizárólag csökkenésként írhatók le, minőségi hangsúlyok áthelyezése is beazonítható az idősek társas részvételében, amelyben a számukra fontos és régóta meglévő-fennmaradó kapcsolataikat próbálják a legteljesebben megélni.

További érdekes elemét jelentik az idősek részvételének a jelentős számú és változatos manifesztációjú, új típusúnak vagy átalakulónak minősíthető részvételi formák. Valóban, kevesebb „akció” de több gondolatban megélt, befelé irányuló kontempláló részvételi forma jellemzi az idősek életét. Utóbbiak között olyan sajátos társas és közösségi részvételi formákat is meg lehetett ragadni, amelyekre leginkább csak feltáró jellegű kutatásokban van lehetőség, mert sokszor a külső megfigyelő számára hozzáférhetetlenek. Befelé irányuló tevékenységekről van szó jórészt még olyankor is, amikor a közösségi részvételi dimenziója egyértelmű (pl. a közterületi séták esetében), bár a séta helyszíneinek, vagy egyszerűen más emberek tevékenységeinek szemlélése mögötti motivációk, értelmezések és jelentéstudajdonítások – például az egyéni múlt újraélése, valamint a város helyszíneire, az egyéni és a generációs emlékezet számára fontos és jelentős személyekhez és eseményekhez fűződő emlékek felidézése – csak a megértést megcélzó interjúban tárul fel.

Az egyén számára értelemmel bíró tevékenységek végzésének szerepe – az unaloműzés vagy az örömszerzés motivációjával – a magányérzet elkerülésében szintén egy érdekes jelensége az egyedül élő idősek életvilágának. Az „értelemmel felruházás” szubjektív aktusa olyan hétköznapi és földhözragadt tevékenységekben is hozzáadott értelmet talál, mint a házimunka, mely a gondolatelterelő megküzdési stratégiák részeként akadályozza a magányérzet kialakulását vagy segíti annak elfojtását. Emellett például az elfoglaltság-étosz vagy a citoyen attitűdből eredő társadalmi részvételi formák is segítik egy nagyobb közösségbe tartozás érzését megerősíteni.

Lehetnek ugyanakkor negatív hatásai a szubjektív életminőségre – nyugtalanság, feszültség és zaklatottság képében – annak, ha az idős személy nem képes akár a (rég)múlt, akár a jelen társadalmi eseményeit mentálisan feldolgozni. Hosszú életük egyik járulékos következménye, hogy sok mindent megéltek a XX. század fordulatos és időnként tragikus magyar történelmében, sok mindennek voltak szem- és fültanúi.

IV. Az értekezés céljai és az eredmények alkalmazhatósága

Úgy érzem, hogy az értekezés azon célkitűzését, hogy egy megértő-interpretatív narratívát felállítva tegyem plauzibilissé és az olvasó számára némileg átélhetővé az egyedül élő budapesti idősek életét, sikerült teljesíteni. Természetesen nem elvárható, hogy az értelmezések

és megállapítások mindegyikével egyetértsem az olvasó, de úgy érzem, hogy a saját interpretációs pozícióm egyértelműen volt definiálva, és ahhoz végig következetesen igazodva egy koherens művel találkozok az érdeklődő.

Úgy gondolom, hogy az értekezésben lefektetett – az egyedül élő 80 év körüli budapestiekéről szóló – narratíva viszonylag jól „működne” más magyarországi nagyvárosi környezetben egyedül élő hasonló korúak – és hasonló generációba tartozók – esetében is. Ezzel szemben például az otthonukban nem egyedül élő budapesti 80 év körüliek, vagy éppen a szintén 80 év körüli, egyedül, de falvakban vagy tanyavilágban élők narratívája több olyan lényeges sajátossággal bírna, ami ebből az elemzésből szükségszerűen hiányzik.

V. Reflexióanalízis és a kutatás hitelessége

A konstrukcionista paradigma talaján álló kutatók magától értetődőnek veszik, hogy részei annak a tudásnak, ami létrejön a kutatás során. Részei egyrészt az interpretációs szerepük miatt, de részei amiatt is, hogy az a kép, ami róluk a kutatás résztvevőiben kialakul befolyásolhatja a tudás minőségi és mennyiségi összetevőit. Megvizsgálva az interjúkészítők és adatelemzők szerepét arra jutottam, hogy nincs tetten érhető szisztematikusan torzító hatásuk, hatásunk. Az általam legjellemzőbbnek gondolt fiatal – generációkkal fiatalabb – életkora az interjúkészítőknek talán az interjúk intimitásintjét is növelte.

A kutatás záró fejezetében a kutatás és elemzés hitelességének kérdéseit is áttekintem, olyan eljárásokat említve, amelyek hozzájárulhattak e hitelesség növeléséhez.

Felhasznált irodalom

- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory. A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage Publications.
- Düll, A. (2003). A tárgyi környezet pszichológiája - A pszichológia új tárgya. In Á. Kapitány & G. Kapitány (Eds.), *Tárgyak és társadalom II. Kapcsolatok: a tér, a tárgy és a képi kultúra összefüggései* (pp. 6-31). Budapest: Magyar Iparművészeti Egyetem.
- Granovetter, M. (1991). A gyenge kötések ereje. A hálózatelmélet felülvizsgálata. In R. Angelusz & R. Tardos (Eds.), *Társadalmak rejtett hálózata* (pp. 371-400). Budapest: Magyar Közvéleménykutató Intézet.
- Rotter, J. B. (1972). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. In J. B. Rotter, J. E. Chance & E. J. Phares (Eds.), *Applications of a social learning theory of personality* (pp. 260-295). New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Sixsmith, J. (1986). The meaning of home: an exploratory study of environmental experience. *Journal of Environmental Psychology*, 6(4), 281-298.